Journal of Surgery
[Jurnalul de Chirurgie]

Editorial Open Access

Sarcina și bolile inflamatorii intestinale

Cristina Cijevschi Prelipcean
Clinica I Gastroenterologie Spitalul Județean Clinic de Urgențe „Sf. Spirudon” Iași, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași

Abstract: Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic conditions of unknown etiology, whose main characteristic is intestinal inflammation. A significant proportion of IBD patients are women who are of reproductive age. Pregnancy-related IBD management poses special and difficult difficulties that have recently attracted more attention. Furthermore, the safety of new IBD medications during pregnancy has received a lot of direct attention. The intricate relationship between pregnancy and IBD, the unique treatment of IBD during pregnancy, and the impact of early-life events on offspring IBD are all summarized in this review.

Keywords: : Inflammatory bowel diseases, pregnancy

Bolile inflamatorii intestinale (BII) există dintotdeauna, de când există omenirea, iar etiologia și vindecarea rămân în continuare cu mari necunoscute, cu toate progresele înregistrate. În acest context, putem defini BII ca fiind o afecțiune cronică cu frecvente episoade de acutizare și remisiune, cu etiologie și patogenie imperfect cunoscută în care rolul răspunsul imunologic aberante la persoanele cu predispoziție genetică reprezintă cheia evoluției ondulante și îndelungate (1). BII sunt afecțiuni cronice, cu etiologie necunoscută, care au ca și principală caracteristică inflamația intestinală. Acestea au o evoluție naturală marcată de perioade de activitate și remisiune și pot afecta semnificativ calitatea vieții pacienților (2).

În prezent, BII afectează mai mult de 7 milioane de persoane. Cel puțin jumătate din pacienții cu BII sunt diagnosticați la vârsta reproductivă, între 20-35 de ani (3). BII reprezintă o provocare deosebită în sarcină, deoarece trebuie luată în considerare sănătatea mamei și a fătului. Din acest motiv, este de maximă importanță ca medicul și pacienții cu BII să cunoască relația biunivocă dintre BII și sarcină și nu în ultimul rând efectul medicamentelor asupra fătului și asupra rezultatelor sarcinii (4).

Fertilitatea și BII

Ratele de infertilitate la femeile cu BII inactivă sunt similare cu cele din populația generală (5). Studiile au demonstrat că remisiunea bolii îmbunătățește rata de fertilitate și evoluția favorabilă a sarcinii (6). Boala activă afectează fertilitatea, probabil prin mecanisme multifactoriale precum inflamația pelvină, malnutriția, scăderea libidoului, dispareunia și depresia. (7) Unele studii au demonstrat că 25 % dintre pacientele cu BII activă pot prezinta

Corresponding author. E-mail: cristina.cijevschi@yahoo.com
Received: September 10, 2025; **Accepted:** October 3, 2025; **Published**: December 31, 2025
Citation: Cijevschi Prelipcean Cristina: Sarcina și bolile inflamatorii intestinale [Jurnalul de chirurgie]. 2025; 21(4): 200 - 206, [Article in Romanian]. DOI: 10.22551/JSURG.2025.04.01
Copyright: © 2025: Cijevschi Cristinal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

depresie ca și consecință a faptului că celulele colonice în inflamația intestinală secretă 2 substanțe (Perforin, CXCL9) implicate în depresie (8). Frica de infertilitate este comună în rândul pacienților cu BII și poate afecta negativ deciziile de planificare familială. De fapt, femeile cu BII inactivă și fără intervenții chirurgicale pelvine anterioare au rate de infertilitate similare (5%-14%) cu populația generală (9).

Menținerea remisiunii este cheia unei evoluții normale a sarcinii. Ideal ar fi ca pacienta să se afle în remisiune 3-6 luni anterior concepției. Cu toate acestea, pe parcursul sarcinii aproximativ o treime din paciente pot avea un puseu acut de boală. Pentru a reduce riscul recăderii este recomandată monitorizarea în echipe multidisciplinare formate din gastroenterolog, ginecolog, chirurg și psiholog (10).

Puseul acut scade fertilitatea atât în Colita ulcerativă (CU), cât și în boala Crohn (BC) cu 40-80%. În CU fertilitateea scade prin intervenții medicale/chirurgicale, proctocolectomie; pouch ileal. În această situație laparoscopia este preferată intervențiilor clasice (11). În BC, scăderea fertilității este datorată inflamației anexelor, ovarelor, aderențelor postoperații pelvine, amenoreei secundare, malabsorbției mai frecventă în BC și leziunilor perianale care determină tulburări sexuale (12). Acestea pot determina tulburări sexuale diverse.

Riscul de transmitere în BII

BII sunt afecțiuni cu predispoziție genetică, plurifactoriale. Nu există în acest moment teste genetice care să preconizeze transmiterea la descendenți.

Studiile au arătat o agregare familială între 5,5% și 22%, Dacă un părinte este afectat riscul este de 2-13 ori mai mare comparativ cu populația generală. Acest risc crește de 20- 30 ori când ambii părinți sunt afectați (13). Studiile au arătat că pacienți cu BII care au și antecedente heredocolaterale de BII au debutul bolii la vârstă mai tânără, frecvent cu aceeași localizare, dar severitatea nu pare a fi afectată (14). Ghidul ECCO arată că BII pe linie maternă sau paternă crește riscul apariției BII la descendenți. Riscul este mai crescut dacă ambii părinți sunt afectați (10)

Influența BII asupra sarcinii

Ideal, consilierea preconcepție în BII este asociată cu ameliorarea evoluției sarcinii. Pacientele cu BII care doresc o sarcină ar trebui să beneficieze de consiliere parentală preconcepție pentru a clarifica posibilele probleme ce pot apărea în evoluția sarcinii și medicația care poate fi folosită în sarcină (10).

Ideal ar trebui ca sarcina să apară în remisiune sau la forme ușoare ale bolii în condițiile în care s-a observat că boala activă se poate complica cu prematuritate, greutate mică la naștere, întârzieri în creșterea intrauterină, avorturi spontane și terapeutice și intervenții chirurgicale (15). Indiferente de activitate, complicațiile apar mai frecvent în CU comparativ cu BC (10).

Pe parcursul sarcinei trebuie monitorizate nivelul vitaminei D și al zincului, întrucât deficiențele lor se asociază cu risc crescut de evenimente adverse. Cea mai frecventă manifestare extradigestivă în BII este anemia, adesea silențioasă, de obicei subevaluată. Aceasta se poate accentua în sarcină. Necesită, de asemeni, monitorizarea în dinamică a deficiențelor nivelurilor de fierului, a nivelurilor de vitamină B12, acid folic și corecția adecvată a acestora (15).

În același timp și sarcina poate influența activitatea BII. Sarcina poate declanșa un puseu de activitate la o treime dintre paciente, iar acesta poate evolua spre forme severe în 2/3 din cazuri. Pentru a diminua acest risc este necesară monitorizarea atentă în echipă multidisciplinară (12).

Monitorizare sarcinii la pacientele cu BII

Este important de menționat că adaptările fiziologice asociate cu sarcina se pot asocia cu modificări ale constantelor serice, inclusiv hemoglobina, albumina și proteina C reactivă

(PCR). In mod normal în sarcina, concentratiile de hemoglobina si albumina scad, in timp ce PCR poate crește fără ca aceaste modificări să fie corelate cu activitatea bolii. Se monitorizează pacienta hematologic, fier seric, albumina, vitamine și nu în ultimul rând funcționalitatea hepatică. Calprotectina fecală nu este influențată de sarcină, dar se corelează cu activitate bolii. Trebuie evaluată înainte, în timpul sarcinii și postpartum în dinamică. Intervalul ideal este din 3 luni în 3 luni în dinamică (10). Explorările endoscopice diagnostice sau terapeutice sunt o alternativă fiabilă celor radiologice sau chirurgicale care se asociază cu riscuri mai mari pentru pacientă și făt.

Ultrasonografia intestinală, recent introdusă și în ghidurile de monitorizare a BII, este metoda de elecție în monitorizarea bolii. Este neinvazivă, repetabilă. Are o acuratețe similară rezonanței magnetice nucleare (RMN). Poate evidenția zonele inflamate la nivel intestinal, stricturi, abcese, fistule entero-enterice, dar pot exista unele limitări din cauza uterului gravid (15).

Metodele invazive se asociază cu risc pentru mamă și făt, de aceea orice explorare invazivă necesită monitorizarea bătăilor cordului fetal înainte și după explorare și monitorizarea gazelor sanguine șia tensiunii arteriale la mama pentru a asigura menținerea perfuziei placentare. În situațiile care implică decizii terapeutice se utilizează doza minimă de sedative. Sedarea are risc minim în al doilea trimestru de sarcină. În primul trimestru meperidina poate produce bradicardie reversibilă la făt. Nu se utilizează pentru sedare propofol, fentanil sau benzodiazepine (10)

Endoscopia digestivă superioară se efectuează doar dacă este absolut necesară, în general în situațiile de urgență, cum ar fi o hemoragie digestivă superioară, în scop diagnostic și terapeutic. Se preferă poziția de decubit lateral stâng pentru a evita compresiunea pe vena cavă sau aortă (16).

În caz de activitate a bolii se poate efectua rectosigmoidoscopie cu pregătire prealabilă cu polientilenglicol (PEG). Este contraindicată efectuarea colonoscopiei totale din cauza riscului crescut de hemoragie digestivă inferioară sau perforații (17).

Videocapsula endoscopică utilizează câmp electromagnetic și este contraindicată în sarcină (18).

Explorarea prin computer tomografică este contraindicată din cauza radiațiilor ionizante care pot produce malformații la fetus. Riscul maxim este înregistrat între săptămâna 8 și 15 de sarcină. RMN trebuie efectuat fără gadolinium care traversează placenta și este teratogen în sarcină (10).

Colangiopancreatografia retrogradă endooscopică este rezervată doar situațiilor de urgență (colangită, coledoco-litiază, pancreatită acută biliară cu extracție de calculi) . Se preferă efectuarea în trimestrul II, cănd există riscuri mai reduse și implică decizie multidisciplinară (15).

Riscul de evenimente tromboebolice în sarcină la pacientele cu BII

Sarcina și BII constituie situații care asociază un risc crescut de evenimente tromboembolice (TEV). Sarcina crește riscul de tromboembolism de 4-6 ori la pacientele cu BII, în special în primele 6 săptămâni și postnatal. Riscul TEV ar trebui evaluat preconcepție, în special în cazul pacientelor cu BII activă. Heparinele cu greutate moleculară mică sunt recomandate în puseul acut, spitalizare sau intervenții chirurgicale. Scad riscul de TEV cu 60-70%. Anticoagularea se continuă 6 săptămâni după naștere (12).

O altă întrebare frecventă a pacientei este modalitatea de naștere cea mai bună pentru făt și mamă.

Majoritatea studiilor recomandă nașterea naturală. Cezarienele sunt asociate cu un risc crescut de infecții post partum și ar trebui evitate. Acestea sunt recomandate doar în cazul afectării

perianale, fistulelor recto-vaginale sau în cazul pacientelor cu pouch ileal (19).

Post-partum, recăderea BII este similară cu populația generală cu BII fără sarcină și variază între 20 și 50%. Recăderea apare mai frecvent la paciente cu BII activă in trimestru III de sarcină, cât și după terapie de desescaladare în sarcină, la paciente BII veche și complicații, în special BC cu stricturi, fistule (12).

Ghidul ECCO subliniază că modalitatea de naștere ar trebui să fie ghidată de condițiile obstericale. La pacientele cu boală activă perianală, APP de fistule rectovaginale sau după proctocolectomia restaurativă, se recomandă nașterea prin cezariană după consens multidisciplinar între gastroenterolog, obstetrician și chirurg specializat în BII (10).

Intervențiile chirurgicale pe parcursul sarcinii la pacientele cu BII

Dacă pacienta cu BII și sarcină are nevoie de intervenții chirurgicale ce modalitate alegem și care este impactul pentru făt este o altă întrebare întâlnită frecvent în practica clinică.

Intervențiile chirurgicale sunt relativ sigure indiferent de trimestrul de sarcină. În cazuri rare se poate produce avortul în trimestrul I sau nașterea prematură în trimestrul III Indicațiile chirurgicale sunt identice cu cele ale pacientelor cu BII fără sarcină. În cazul BC aceste sunt: ocluzia intestinală, hemoragiile necontrolabile medicamentos, perforația, abcesele care nu pot fi tratate altfel. În CU se recomandă intervenție chirurgicală în caz de formă fulminantă care nu răspunde la tratament medical sau când activitatea bolii implică un risc mai grav pentru făt comparativ cu intervenția chirurgicală. Laparoscopia este preferată chirurgiei clasice (20).

Medicația în sarcină și alăptare la pacientele cu BII (10,15)

Derivații 5 aminosalicilați (5ASA)

În general derivații 5 ASA nu determină creșterea efectelor adverse sau teratogene, cu excepția Asacolului (dibutyl coated) care nu se adm. în sarcină. Mesalazina este sigură în sarcină și alăptare. Sulfasalazina are de asemenea risc scăzut , dar poate inhiba sinteza folați ceea ce poate determina defecte la nivelul tubilor neuronali. Pentru a combate acest efect secundar, se recomandă acid folic 1-3 g /zi înainte și în timpul sarcinii.

Corticosteroizii

Corticoizii asociază cu risc scăzut teratogen pentru făt. Cei cu administrare pe termen scurt (budesonid, MMX) nu asociază efecte adverse majore. Cu toate acestea, pot determina afectare maternă în timpul sarcinii – HTA, DZ, preeclampsie și administrarea lor ar trebui limitată în timp și cu indicații clare. În perioada de alăptare riscul este scăzut, dar când se administrează în cantități mari se temporizează alăptarea 4 ore.

Antibioticele

Rolul antibioticoterapiei în tratamentul BII este limitat. Metronidazolul și ciprofloxacina sunt cele mai frecvent utilizate antibiotice în tratamentul unor afectiuni, cum ar fi pouchita si leziunile perianale sau abdominal la pacientii cu BC. Acestea au risc scăzut în timpul sarcinii, dar se evită în primul trimestru din cauza efectelor secundare (artropatia la făt la administrare de Ciprofloxacina în primul trimestru). Metronidazolul este contraindicat în perioada alăptării, ciprofloxacina se poate administra avînd are risc scăzut.

Penicilina are risc scăzut și rămâne antibioticul de primă linie în caz de complicații septie la pacientele cu BII.

Tiopurinele

Tiopurinele au risc scăzut și se continuă la femei în remisiune aflate sub acest tratament. Ni se initiaza in timpul sarcinii din cauză că pot determina hepatotoxicitatea in sarcină. Se monitorizeaza functia hepatică (în special citolizași colestaza). Au risc scăzut în alăptare. Cu toate acestea la 60 % dintre nou născuții

alăptați sub tratament cu tiopurine se observă o anemie ușoară.

Metotrexat

Metotrexatul are efect teratogen și este contraindicat în sarcină și alăptare. În plus, timpul de injumătățire este lung. Se indică oprirea tratamentului cu 3-6 luni înainte de concepție.

Terapia biologică

Antagoniștii TNFα (Infliximab, Adalimumab), terapiile antiinterleukine (Ustekinumab) și antiintegrine (Vedolizumab) sunt sigure în timpul sarcinii și în principiu ar putea fi continuate. În ceea ce privește alăptare, datele sunt limitate pentru Vedolizumamb și Ustekinumab, dar nu s-au înregistrat efecte secundare majore și ar putea fi continuate.

Moleculele mici (Tofacitinib, Upadacitinib) și Ozanimodul sunt contraindicate în sarcină și alăptare și nu ar trebui recomandate la femei de vârstă fertilă care doresc să rămână însărcinate.

Vaccinurile

Vaccinuri inactive nu au efecte secundare și se pot administra de la naștere. La nou născuții expuși la antiTNFα in utero, nu se recomandă administrarea de vaciinuri vii. Se preferă amânarea lor până când biologicul nu mai este detectabil în sângele copilului, dar nu mai devreme de 6 luni.

Conduita în BII înainte, în timpul și după sarcină (9,21)

Sfaturi preconcepție (utile echipei multidisciplinare):

- ✓ Discutați despre ereditate bolii, activitatea bolii, IDEAL BII cu minim 3-6 luni
- ✓ Renuntarea la fumat, alcool si droguri recreative
- ✓ Asigurati-vă că screening-ul cancerului de col uterin si vaccinările sunt revizuite
- ✓ Efectuați screening-ul pentru anemie și deficiențe de vitamine
- ✓ Prescrierea de acid folic
- ✓ Examinati siguranta medicamentelor in timpul sarcinii:
  - opriți metotrexatul, inhibitori JAK și ozanimod înainte de concepție și se ia in considerare terapia alternativă pentru a asigura un control bun al bolii
- ✓ Evaluați activitatea bolii, optimizați tratamentul pentru a asigura remisiunea bolii
- ✓ Stabiliți un plan individualizat cu pacienta pentru monitorizarea și managementul bolii în timpul sarcinii
- ✓ Discutați riscul/beneficiul menținerii medicamentului pe perioada sarcinii și alăptări

În timpul sarcinii

- ✓ Discutați riscul/beneficiul menținerii medicamentului pe perioada sarcinii
- ✓ Stabiliți un plan de naștere și modul de naștere
- ✓ Monitorizați active calprotectina fecală și ecografie intestinală
- ✓ Monitorizați creșterea adecvată în greutate în timpul sarcinii
- ✓ Discutați riscul/beneficiul mențnerii medicamentului în timpul alăptării
- ✓ Discutați despre siguranța vaccinării la copii
- ✓ Discutați planul de management cu medical de familie și/sau obstetricianul
- ✓ Explorările care pot fi efectuare în timpul sarcinii

După naștere

- ✓ Reinițiați imediat tratamentul la femeile care au întrerupt tratamentul în timpul sarcini
- ✓ Discutați siguranța medicamentelor în timpul alăptării

- ✓ Amânați vaccinurile vii în primele 6-12 luni de viată la copiii expuși la substanțe biologice in utero sau până când nivelurile la copii sunt nedetectabile
- ✓ Efectuați screening-ul pentru probleme de sănătate în perioada postpartum

In **concluzie** activitatea BII şi nu tratamentul în sarcină prezintă riscuri pentru făt. Menținerea remisiunii BII este cheia evoluției normale a sarcinii. Într-un cuvânt, "whatever you use, use it right".

Declarația de conflict de interese. Autoarea declară că nu se află în conflict de interese financiare sau non financiare pentru datele și informațiile prezentate în articol

Bibliografie

1. Rogler G, et al. Mucosal healing or deep remissions what does in mean? WJG 2013, 19(43):7552-7560
2. Andres PG, Friedman LS. Epidemiology and the natural course of inflammatory bowel disease. Gastroenterol Clin North Am. 1999;28(2):255–81.
3. Hosseini-Carroll P, Mutyala M, Seth A, Nageeb S, Soliman D, Boktor M, et al. Pregnancy and inflammatory bowel diseases: current perspectives, risks and patient management. World J GastrointestPharmacol Ther. 2015;6(4):156–71.
4. Hashash JG, Kane S. Pregnancy and inflammatory bowel disease. Gastroenterol Hepatol (N Y) 2015;11(2):96–102.
5. Steinlauf AF, Present DH. Medical management of the pregnant patient with inflammatory bowel disease. Gastroenterol Clin North Am. 2004;33(2):361–85.
6. McConnell RA, Mahadevan U. Pregnancy and the patient with inflammatory bowel disease: fertility, treatment, delivery, and complications. Gastroenterol Clin North Am. 2016;45(2):285–301.
7. Bell SJ, Flanagan EK. Updates in the management of inflammatory bowel disease during pregnancy. Med J Aust. 2019;210(6):276–80.
8. Huang S, Pan L, Pang S et al., Perforin Generated by CD8+ T Cells Exacerbates Inflammatory Bowel Disease–Induced, Depression by Promoting CXCL9 Production in Intestinal Epithelial Cells, Gastroenterology, 2025, 169, 294-307
9. Zhao S, Wang J, Liu Y, et al. Inflammatory Bowel Diseases Were Associated With Risk of Sexual Dysfunction in Both Sexes: A Meta-analysis. Inflamm Bowel Dis. 2019 Mar 14;25(4):699-707.
10. Torres J, Chaparro M, Julsgaard M, et al. European Crohn's and Colitis Guidelines on Sexuality, Fertility, Pregnancy, and Lactation. J Crohns Colitis. 2023 Jan 27;17(1):1-27.
11. Pachler FR, Bisgaard T, Mark-Christensen A, Toft G, Laurberg S. Impact on Fertility After Failure of Restorative Proctocolectomy in Men and Women With Ulcerative Colitis: A 17-Year Cohort Study. Dis Colon Rectum. 2020 Jun;63(6):816-822.
12. Squirell E, Meade S, Leung Y. The Fundamentals of Inflammatory Bowel Disease Management in Pregnancy: A Practical Review for the Gastroenterologist. J Can Assoc

Gastroenterol. 2024 Jan 20;7(1):121-131.

13. Santos MPC, Gomes C and Torres J. Familial and ethnic risk in inflammatory bowel disease. Ann Gastroenterol 2018; 31: 14-23.
14. Laharie D, Debeugny S, Peeters M, et al. Inflammatory bowel disease in spouses and their offspring. Gastroenterology 2001; 120: 816-819.
15. Mahadevan U, Seow CH, Barnes EL, et al. Global Consensus Group for Pregnancy and IBD. Global Consensus Statement on the Management of Pregnancy in Inflammatory Bowel Disease. Inflamm Bowel Dis. 2025;31(10):2615-2664.
16. Ludvigsson JF, Lebwohl B, Ekbom A, et al. Outcomes of Pregnancies for Women Undergoing Endoscopy While They Were Pregnant: A Nationwide Cohort Study. Gastroenterology 2017; 152: 554-563 e559.
17. de Lima A, Zelinkova Z and van der Woude CJ. A prospective study of the safety of lower gastrointestinal endoscopy during pregnancy in patients with inflammatory bowel disease. J Crohns Colitis 2015; 9: 519-524.
18. Bandorski D, Kurniawan N, Baltes P, et al. Contraindications for video capsule endoscopy. World J Gastroenterol 2016; 22: 9898-9908.
19. Foulon A, Dupas JL, Sabbagh C, et al. Defining the Most Appropriate Delivery Mode in Women with Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. Inflamm Bowel Dis. 2017 May;23(5):712-720.
20. Kothari S, Afshar Y, Friedman LS, Ahn J. AGA Clinical Practice Update on Pregnancy-related gastrointestinal and liver disease: expert review. Gastroenterology 2024;167:1033-1045.
21. Raine T, Bonovas S, Burisch J, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment. J Crohns Colitis. 2022 Jan 28;16(1):2-17.